

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01468

CONTA: 000000057094-8

Autenticação:

6957B0DFAFFE1C97977ECF10A9F1E05B8E54ADBD62FFB10AF806D8332AAC0A2E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200514 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA PERNA ESQUERDA (EVOLUIU COM TROMBOSA VENOSA PROFUNDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 10 - CONFORME O RELATÓRIO MÉDICO DE 07/05/2020 - FCO WILLIAM CARVALHO FERREIRA CRM 1100.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**COSERN**

Companhia Energética de Rio Grande do Norte
 Rua Vitorino, 186, Bairro Natal - RN, CEP 59025-250
 CNPJ 08.324.196/0001-01 | Ins. Est. 20755189-01 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE
 FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF: 230.852.054-04

CLASSIFICAÇÃO
 BI RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOSE MENDES DA ROCHA 14 LOT
 SANTA HELENA II

SANTO ANTONIO VARELA URBANA
 MOSSORO RN
 59021-524

083102485 UNICA 18/11/2019
 18/11/2019 3000462877 575053

0850471991 11/2019
 22/11/2019 17/12/2019
 163,37

CONSUMO (KWH)	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWH)	266,000000	0,06578427	136,48
Acrescimo Bandeira AZUL			1,84
Acrescimo Bandeira VERMELHA			4,80
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,14
Multa por atraso NF 08/11/2019			0,47
Juros por atraso NF 08/11/2019			0,54

TOTAL DA FATURA 163,37

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE CÍRCULO	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
00000008	CAT	16-10-2019	85.070.00		18-11-2019	85.175.00		31	1,00000		275,00

PERÍODO	VALOR DO CÂMBIO	%	VALOR DO IMPOSTO	DESCRIÇÃO	VALOR	%
NOV-19	275			Transmissão	58	21,2%
OUT-19	134			Distribuição (Cesam)	58	21,2%
SETE-19	408			Proteção do Sistema	15	5,7%
AUG-19	510			Despesas de Operação	7,28	2,8%
JUL-19	334			Tributação	24,00	9,1%
ABR-19	180			Total	144,28	52,9%
MAR-19	309					
FEV-19	252					
DEZ-19	233					
NOV-19	233					
OUT-19	208					
SET-19	185					
AUG-19	162					

40-14 2060 COSERN ACTS TAGO COSERN FAVOR BLOC

Atenção: O cliente é responsável por manter a unidade consumidora em condições adequadas para a medição e a leitura correta do medidor. Qualquer irregularidade deve ser comunicada imediatamente ao COSERN.

NOZOS (KWH)	VALOR	LIMITE	LIMITE	LIMITE	TERMO	CRÉDITO DE VALORIZAÇÃO (M)
000	0,00	5,57	-4,15	20,20	220	-231
000	0,00	3,13	8,41	12,25		
000	0,00	2,86	0,00	0,00		

CONTAS PAGAS: 08/11/2019 DATA DE VENCIMENTO: 22/11/2019 TOTAL A PAGAR (R\$): 163,37

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP² nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF³**.

² Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

³ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Paulo Sérgio Castro da Noronha Inscrição (a) no CPF sob o Nº 877.270214-15
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Teixeira dos Santos Inscrição
(a) no CPF sob o Nº 230.652.064-04, do sinistro de DPVAT cobertura envolvido da Vítima
Francisco Teixeira dos Santos, Inscrição (a) no CPF sob o Nº 230.652.064-04, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 06 de Janeiro</u>		Número <u>3615</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Santo Antonio</u>	Cidade <u>Mossoró</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>59611-070</u>
E-mail <u>Reuso</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(84) 9953 8106</u>	Telefone celular (DDD)

Mossoró/RN de 12 de 2020
Lugar e Data

Assinatura do Declarante



CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 46613 - FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (59 a 1 m 20 d)

Nascimento: 17/06/1960

Natural: JUCURUTU, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 700507593711056

CPF:

Prof:

Mãe: FRANCISCA TEIXEIRA DE SOUSA

Pai: JOAO ROQUE DOS SANTOS

Logradouro: JOSE MENDES DA ROCHA, 10

CEP: 59621524

Bairro: SANTO ANTONIO

Cidade: MOSSORO

Telefone: 84.87986795

Compl:

Motivo (alegado pelo paciente): QUEDA - MOTO

Tipo: REGULADO

Origem: FAMILIA

*Empresa:

OBS:						Classificação: 07/08/2019 19:42:38		PESO:	
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	120x60					73			

HISTÓRIA - EXAME FÍSICO

Queixas: (sic) queda de moto, com trauma em perna esquerda e braço esquerdo

Hora: 21:00

Recurto; Última consulta realizada há 2 meses, sem queixas; não perdeu de consciência, mudou para UBS após uma semana de internação, não apresenta mais dor no membro esquerdo. A pele sobre o pé esquerdo com coloração normal, sem ulcerações. B = MV + bulsores, com murmúrio subcostal. Sem ventilação dependente em Hemitorax E e F. R = 18 por minuto. F = 73. C = 120 x 60. Fc = 73. SpO2 = 95%. B = 120 x 60. Fc = 73. SpO2 = 95%. E = 120 x 60. Fc = 73. SpO2 = 95%. E = 120 x 60. Fc = 73. SpO2 = 95%.

Diagn. Inicial:

PRESCRIÇÃO:	VIA	HORARIO	ASSINT.
1) 12x Torax PA e PE			
2) 12x Sinal E APD			
3) Ausculta de artérias			
4) Exame de A202 e A3D E1		21:40	Sordha
5) Exame de A3D E1		21:40	II
6) Ausculta de artérias			
7) Exame de A202 e A3D E1			
8) Exame de A3D E1			
9) Exame de A202 e A3D E1			
10) Exame de A3D E1			
11) Exame de A202 e A3D E1			
12) Exame de A3D E1			
13) Exame de A202 e A3D E1			
14) Exame de A3D E1			
15) Exame de A202 e A3D E1			
16) Exame de A3D E1			
17) Exame de A202 e A3D E1			
18) Exame de A3D E1			
19) Exame de A202 e A3D E1			
20) Exame de A3D E1			
21) Exame de A202 e A3D E1			
22) Exame de A3D E1			
23) Exame de A202 e A3D E1			
24) Exame de A3D E1			
25) Exame de A202 e A3D E1			
26) Exame de A3D E1			
27) Exame de A202 e A3D E1			
28) Exame de A3D E1			
29) Exame de A202 e A3D E1			
30) Exame de A3D E1			
31) Exame de A202 e A3D E1			
32) Exame de A3D E1			
33) Exame de A202 e A3D E1			
34) Exame de A3D E1			
35) Exame de A202 e A3D E1			
36) Exame de A3D E1			
37) Exame de A202 e A3D E1			
38) Exame de A3D E1			
39) Exame de A202 e A3D E1			
40) Exame de A3D E1			
41) Exame de A202 e A3D E1			
42) Exame de A3D E1			
43) Exame de A202 e A3D E1			
44) Exame de A3D E1			
45) Exame de A202 e A3D E1			
46) Exame de A3D E1			
47) Exame de A202 e A3D E1			
48) Exame de A3D E1			
49) Exame de A202 e A3D E1			
50) Exame de A3D E1			
51) Exame de A202 e A3D E1			
52) Exame de A3D E1			
53) Exame de A202 e A3D E1			
54) Exame de A3D E1			
55) Exame de A202 e A3D E1			
56) Exame de A3D E1			
57) Exame de A202 e A3D E1			
58) Exame de A3D E1			
59) Exame de A202 e A3D E1			
60) Exame de A3D E1			
61) Exame de A202 e A3D E1			
62) Exame de A3D E1			
63) Exame de A202 e A3D E1			
64) Exame de A3D E1			
65) Exame de A202 e A3D E1			
66) Exame de A3D E1			
67) Exame de A202 e A3D E1			
68) Exame de A3D E1			
69) Exame de A202 e A3D E1			
70) Exame de A3D E1			
71) Exame de A202 e A3D E1			
72) Exame de A3D E1			
73) Exame de A202 e A3D E1			
74) Exame de A3D E1			
75) Exame de A202 e A3D E1			
76) Exame de A3D E1			
77) Exame de A202 e A3D E1			
78) Exame de A3D E1			
79) Exame de A202 e A3D E1			
80) Exame de A3D E1			
81) Exame de A202 e A3D E1			
82) Exame de A3D E1			
83) Exame de A202 e A3D E1			
84) Exame de A3D E1			
85) Exame de A202 e A3D E1			
86) Exame de A3D E1			
87) Exame de A202 e A3D E1			
88) Exame de A3D E1			
89) Exame de A202 e A3D E1			
90) Exame de A3D E1			
91) Exame de A202 e A3D E1			
92) Exame de A3D E1			
93) Exame de A202 e A3D E1			
94) Exame de A3D E1			
95) Exame de A202 e A3D E1			
96) Exame de A3D E1			
97) Exame de A202 e A3D E1			
98) Exame de A3D E1			
99) Exame de A202 e A3D E1			
100) Exame de A3D E1			

HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
DE MOSSORO 16.08.2019

SANE / ARQUIVO

*SAÍDA: () Decisão médica () Transferido () Evasão () Óbito () Interna: (Preencher CID, PROC)

CID

Proc.

Data:

/ /19. Hr:

Médico:

*Gerado via SX por ANTONIO HELIO DA SILVA. Impresso em 07 de Agosto de 2019.

(Assinar e Carimbar)

Arkhiv - 07.08.19 He

Pol. Trava. Ad. f. 1000000000

Sam - Hambrook E E. 1000000000

Et. 3000000000 1000000000

Adm. 1000000000

Adm. 1000000000

Col. Ad. 1000000000



HOSPITAL REGIONAL TARCISIO
ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
SANE MONSORO 16.08.2019

31/11
SANE / ARQUIVO



Paciente: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do exame: 13/08/2019

Medico solicitante: JOÃO SALDANHA

DOPPLER COLORIDO VENOSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Veia femoral comum, femoral superficial, femoral profunda, poplítea e tibiais com trajetos habituais e calibres preservados.

Sistema venoso superficial e perforante:

Veia safena magna insuficiente desde a crossa até o terço distal da perna.

O calibre da safena magna é de 0,8 cm na crossa, 0,5 cm no terço distal da coxa e 0,4 cm no terço distal da perna.

Veia safena parva insuficiente em seu terço superior.

Presença de colaterais insuficientes na face medial e anterior da coxa, joelho e perna.

Não foram caracterizadas veias perforantes insuficientes.

Sistema venoso profundo:

Presença de material não compressível intraluminal visível nas veias tibiais anteriores e nas veias gastrocnêmias.

As demais veias do sistema profundo encontram-se pervias e compressíveis.

As manobras compressivas e respiratórias demonstraram refluxo significativo acometendo a veia poplítea.

As demais veias do sistema profundo são competentes.

CONCLUSÃO:

Insuficiência da safena magna.

Insuficiência da safena parva.

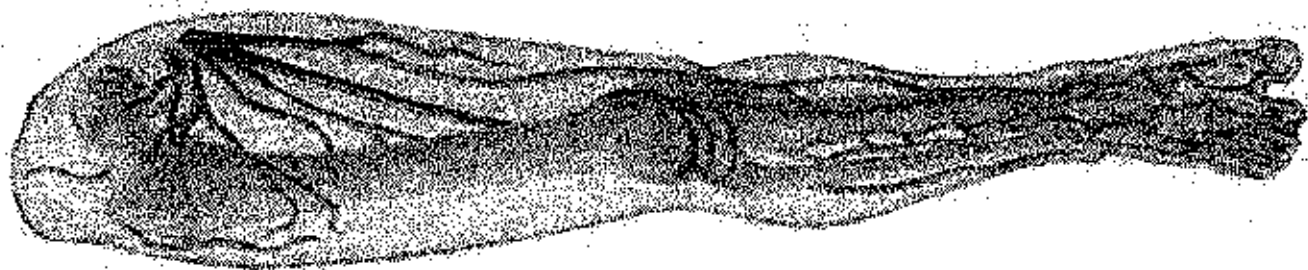
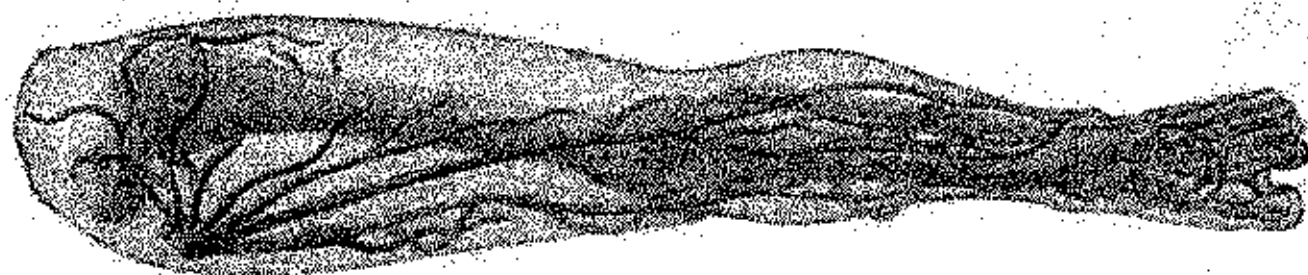
Insuficiência de varicosidades.

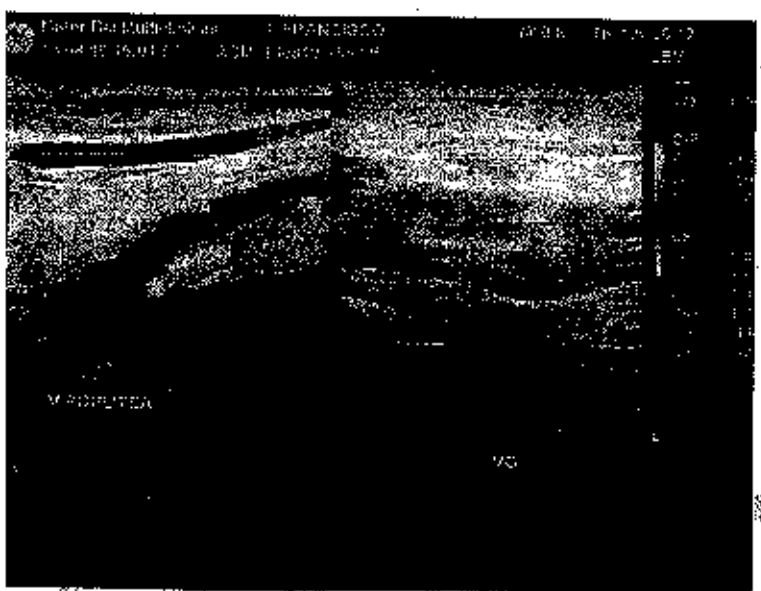
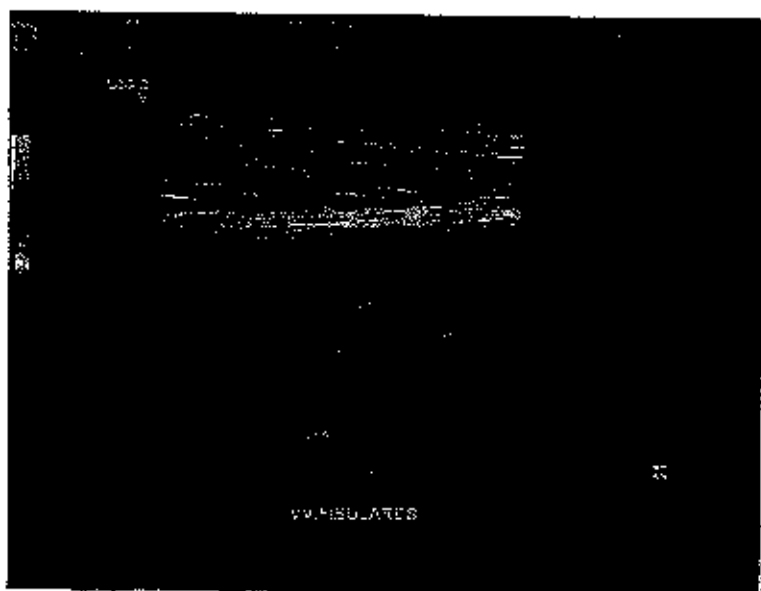
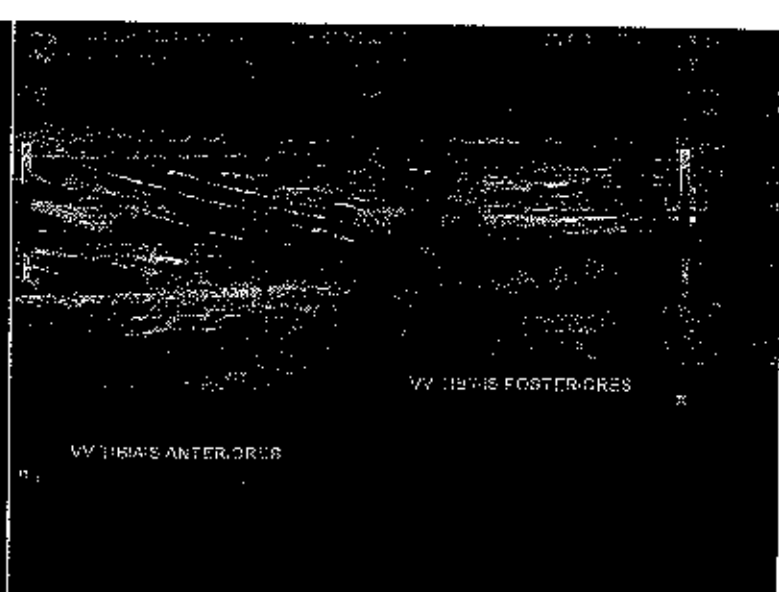
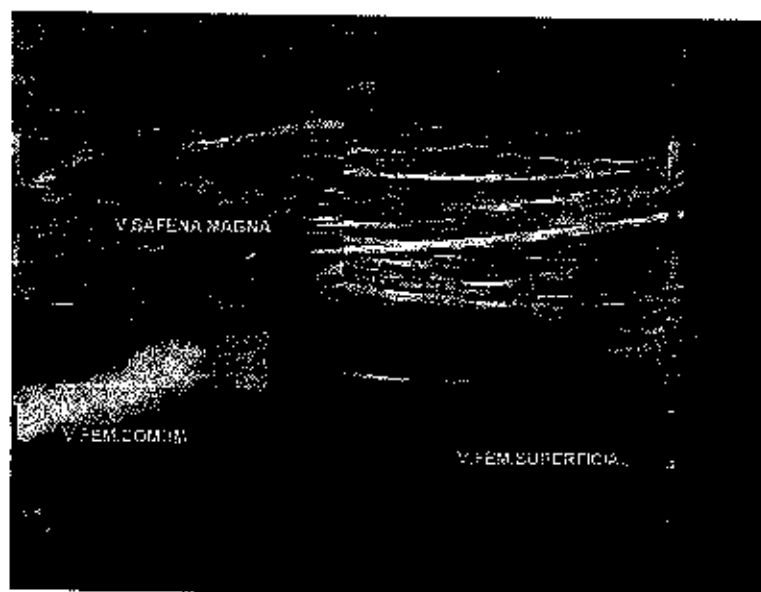
Trombose venosa profunda.

Insuficiência valvular profunda.

Restante do exame sem anormalidades detectáveis pelo método.

Dr. Nilson Pedro S. Chaves, CRM 2132





[illegible]

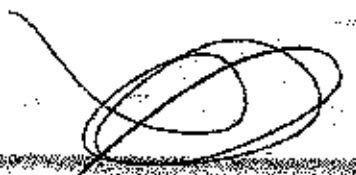
1/fco Teixeira da Silva

2

no int

Xorullo 15 _____ 18

17p. 12/12H (21 dias)


14/08/2016
Dr. João Salazar
CRM - 2429



LABORATÓRIO E CLÍNICA EXAME

Rua: Juvenal Lamartine, 151 - Centro - Mossoró/RN

Fone: 84 3061-5792 - 3317-2049

211.65

105.31

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE PUBLICA
HOSPITAL REGIONAL TARCISIO MAIA

de 6. de fev

2

060x011N 25
60g
010 8181

KENNERTE GURDILL
CENTRO DE SAUDE PUBLICA
CENTRO DE SAUDE PUBLICA

02/08/19

1/100 Toiker & Sohn

X

2 ut

Xarelto 20 _____ 1/6

Xarelto 20 _____


06/10/19
Dr. Silvana Duarte
Médico
CPF: 199.895.554-65

Dr. Francisco William Carvalho Ferreira

CRM 1160 - MTB 149 RJ

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA - DOENÇAS REUMÁTICAS

MEDICINA DO TRABALHO

LAUDO Médico

O paciente Francisco Teixeira dos SANTOS, com idade de , Mecânico, .

HISTÓRICO: Em 07.08.2019 sofreu acidente de TRANSITO, queda de MOTO. Boletim 6709/2019

DIAGNÓSTICO: TRAUMA de grande impacto na perna esquerda que culminou com TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP). Foi levado ao H.R.T.M e seguiu ambulatorialmente, com especialista em Cirurgia Vascular, com persistência dos efeitos: SINAIS e SINTOMAS

- SEQUELAS CID 10 I82.1
- a) DOR + edema
 - b) necessidade de uso de Meias elásticas
 - c) incapacidade funcional estimada em 50% a MAIS.

Fco. William Carvalho Ferreira
Ortopedia - Doenças Reumáticas
Medicina do Trabalho
CRM 1160 - MTB 149 RJ

POLICLÍNICA MÉDICA DE MOSSORÓ

Segunda e Quarta - Manhã

Rua João Pessoa, 68 - Centro

Fone (84) 3321 6121

CLÍNICA OITAVA ROSADO

07.05.2020 Terça, Quinta e Sexta - Manhã

Rua Juvenal Lamartine, 119 - Centro

Fones (84) 3317 3636 | 99411 2500



VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1290387313

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA



NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO / PRODUÇÃO DE
1829227 ITEP RN

CPF DATA NASCIMENTO
877.270.214-15 08/08/1972

NÚMERO
FRANCISCO DAS CHAGAS
NORONHA
LUZIA MARIA ALVES DE
CASTRO

PERMISSÃO ACC OUTRA
[] [] []

Nº REGISTRO VALIDADE P. HABILITAÇÃO
01999232644 03/12/2023 08/09/1994

OBSERVAÇÕES
A

Paulo Sergio Castro de Noronha

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL DATA EMISSÃO
MOSSORO, RN 08/12/2016

99416102053
RN702520714

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1290387313

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200 078603

Data da solicitação: 20/05/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF do beneficiário: 230.652.064-04

Nome do solicitante: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

CPF do solicitante: 230.652.064-04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: ()
DDD

Tel. Comercial: (84) 99538106
DDD

Tel. Residencial: ()
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☒ DISCORDO DA NEGATIVA

☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTA APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, Informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

[DESCREVER]

NÓ CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

EU, FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS CPF: 230.652.064-04, VEO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT SOLICITAR A REANÁLISE DO MEU SINISTRO DE NUMERO 3200078603, POIS O MESMO FOI NEGADO SEM TER UMA PERICIA, PEÇO QUE SEJA MARCADA UMA MEDICA PARA COMPROVAR MINHA SEQUELA.

MOSSORÓ 20/05/2020

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

Francisco Teixeira dos Santos

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francisco Teixeira dos Santos, brasileiro(a),
estado civil: casado, Profissão: Revisor, Data do Acidente 07.08.2019
Cobertura envolvido, portador(a) do RG 724.314, órgão expedidor
SSP/RN e do CPF: 230.652.064-04 residente no(a)
Rua José Mendes do Rocha nº 14 Casa 6
bairro: Santo Antônio município: Mossoró / RN

OUTORGADO:

Nome: PAULO SÉRGIO CASTRO DE NORONHA, brasileiro(a) estado
civil: DIVORCIADO Profissão: PESCADOR, portador(a) do RG 001.329.227,
órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 877.270.214-15, residente
no(a) RUA SEIS DE JANEIRO nº 1615, bairro: SANTO
ANTONIO, município: MOSSORÓ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Assessor 04 de Dezembro de 2019
Local e Data

Local e Data

Oficio

Francisco Feijó dos Santos
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Vieira

R. Vicente Sabido, 147 - Centro, Montevideo - TEL: 55000-120 FONE: (04) 3317-49
Titular: ~~Julio Víctor de Ascaso~~

Report No. 7019-016072

[illegible]

OFICIO DE NOTAS
CAPTORIO VIEIRA
 Rua da Moura, 100
 13050-000 São João do Rio Preto

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200514

Vítima: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 341

Agência: 000001468

Conta: 0000057094-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

230.652.064-04 Francisco Teixeira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA (MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Francisco Teixeira dos Santos

230.652.064-04

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Reuso

Rua José Mendes do Rocha

14

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Santa Antonia

Mossoró

RN

59621-524

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

Reuso

(84) 9953 8106

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO:

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Preencher uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (343)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

Itau

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, uma vez que (assinhar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa grávia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/falecido?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Mossoró RN 19.07.2020
Francisco Teixeira dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Provedor (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



comprovante de transferência entre contas
Itaú
via app Itaú



realizada em 10/07/2020 às 19:18:17

valor

de

data da transferência

10/07/2020

de

PAULO SERGIO CASTRO DE NORONHA

agência 8512 conta 248882

para

FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS

agência 1468 conta 0057094-8

identificação no extrato

TBI 1468.57094-8

autenticação

56056DFC07212D3509B18EB668E674AD0493395A

conta corrente

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASI: 230.652.064-04 3 - CPF da vítima: 230.652.064-04 4 - Nome completo da vítima: Francisco Teixeira dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Teixeira dos Santos 6 - CPF: 230.652.064-04
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua José Mendes do Azeite 9 - Número: 14 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Santo Antônio 12 - Cidade: Mossoró 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59621-524
15 - E-mail: Recusado 16 - Tel (DDD): 84 9953 8106

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: 3064 CONTA: 56706 9 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitur (vair noscer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

AUTOATENDIMENTO - AG MOSSORO RN

DATA: 10/02/2020

HORA: 12:26:44

TERMINAL: 05601030

CONTROLE: 056010300417

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA :

CONTA :

NOME :

0013 / UFERSA, RN

0013.00028328-67

ADOLENE TEAL DA SILVA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA :

CONTA :

NOME :

3064 / TERRA DO SAL, RN

013.00055706-9

FRANCISCO T D SANTOS

DATA DE EFETIVAÇÃO : 10/02/2020

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.

A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA DESTINO
E DE 30 MINUTOS

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 22/11/2019 11:13 Data/Hora Fim: 22/11/2019 11:35
Origem: Data: 22/11/2019
Delegado de Polícia: Luis Fernando Sávio de Eliezer Pinto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 2º Distrito Policial de Mossoró
Data/Hora do Fato: 07/08/2019 19:48

Local do Fato

Município: Mossoró (RN)
Logradouro: Rio Branco

Bairro: Santo Antônio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO TEIXEIRA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RN - Jucurutu Sexo: Masculino Nasc: 17/06/1960
Profissão: Mecânico de Manutenção
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Francisca Teixeira de Sousa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 230.652.064-04

Endereço

Município: Mossoró - RN
Logradouro: José Mendes da Rocha
Bairro: Santo Antônio
Telefone: (84) 98798-6795 (Celular)

Nº: 14

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 123.222.814-17	Placa QGZ1691
Renavam 01178828570	Número do Motor KC22E0K031677
Número do Chassi 9C2KC2200KR031675	Ano/Modelo Fabricação 2019/2018
Cor VERMELHA	UF Veículo Rio Grande do Norte
Município Veículo Mossoró	Marca/Modelo HONDA/CG 160 FAN
Modelo HONDA/CG 160 FAN	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 17/01/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Francisco Teixeira dos Santos	Possuidor



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ - MOSSORÓ - RN

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 061433/2019

RELATO/HISTÓRICO

Declarou que conduzia a sua moto quando passou por um buraco na via, perdeu o controle do veículo e sofreu queda da motocicleta; Que, após o ocorrido, montou na sua moto e se encaminhou ao HRTM; Que o BO é para fins de DPVAT; Que não houve representação criminal nesta delegacia; Nada mais disse.

ASSINATURAS

Helder Emerson Nogueira Jerônimo
Agente de Polícia
Matrícula 1690205
Responsável pelo Atendimento

Francisco Teixeira dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins do dolo que sou o(s) único(a) responsável pelas informações acima asserradas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Declarção Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Conterção do Código Penal Brasileiro."